

Prénom — Nom

Adresse

Code postal — Ville

Téléphone

Mail

Nom de la mutuelle

À l'attention de Madame/Monsieur

Adresse

Code postal — Ville

Objet : Résiliation contrat de mutuelle

N° d'adhérent : (Numéro d'adhérent)

N° de contrat : (Numéro de contrat)

(Ville), le (Date)

Madame, Monsieur,

Je vous fais part de ma décision de mettre un terme à mon contrat de complémentaire santé n° (Numéro du contrat). Je souhaiterais profiter des droits que me confère la loi infra-annuelle entrée en vigueur le 1er décembre 2020.

Je vous remercie donc par avance de bien vouloir procéder à la résiliation mon contrat à cette date.

Restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire que requiert ma demande.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature